
« Faire dire l'avortement »

Postures et enjeux méthodologiques d'une ethnographie de l'illicite et du secret au Burkina Faso

Ramatou Ouédraogo



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pa/486>

DOI : 10.4000/pa.486

ISSN : 2273-0362

Éditeur

Université Lumière Lyon 2

Édition imprimée

ISBN : 1634-7706

ISSN : 1634-7706

Référence électronique

Ramatou Ouédraogo, « « Faire dire l'avortement » », *Parcours anthropologiques* [En ligne], 11 | 2016, mis en ligne le 20 décembre 2016, consulté le 30 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/pa/486> ; DOI : 10.4000/pa.486

« Faire dire l'avortement »

Postures et enjeux méthodologiques d'une ethnographie de l'illicite et du secret au Burkina Faso

Ramatou Ouédragogo

Les Afriques dans le Monde, IEP de Bordeaux

Les sciences humaines et sociales, en l'occurrence l'anthropologie et la sociologie, n'ont de cesse de fournir des techniques d'enquête afin d'orienter les démarches sur les terrains (Olivier de Sardan, 1995 ; Bensa et Fassin, 2008; Campenhoudt et Quivy, 2011). Véritables « sésames » en soi, ces méthodes demandent néanmoins à être continuellement réajustées voire réinventées suivant les sujets, surtout lorsqu'il est question de « terrains sensibles » (Bouillon et *al.*, 2005 ; Brito et Pesce, 2015) comme celui de l'avortement. Désigné par Luc Boltanski (2004) comme un « mauvais objet », l'avortement est entouré de difficultés pour le saisir comme objet de recherche, et pose à l'ethnographe un ensemble de questionnements à la fois méthodologiques et éthiques, particulièrement pour faire évoquer le sujet par les personnes concernées. Tout chercheur qui le prend pour sujet est, *a priori*, susceptible de se confronter à ces difficultés, qu'il choisisse d'enquêter en France, en Tunisie, en Inde ou au Burkina Faso. Toutefois, le statut juridique et social accordé à l'avortement dans ces espaces concourt à différencier les difficultés d'un terrain à un autre.

Au Burkina Faso, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) fait l'objet d'une restriction qui rend illégale la majorité des avortements. En effet, le Code pénal interdit l'avortement provoqué en ses articles 383-386 et 388-390. Il poursuit aussi bien les femmes qui y ont eu recours, leurs aidants que les agents de santé et autres personnes qui le pratiquent. Les possibilités d'avorter sont régies par des indications médicales (la grossesse diagnostiquée à risque pour la vie de la femme et la malformation fœtale) et juridiques (la grossesse issue de viol ou d'inceste), par l'article 387 du code pénal. Même si les cas de dénonciation restent rares dans les familles comme dans les structures de santé (les soignants disent être tenus au secret médical), il arrive que certaines femmes et des avorteurs soient poursuivis et emprisonnés pour des faits d'IVG¹. De même, l'avortement connaît une forte condamnation sociale dans ce pays ; il est la troisième pratique la plus reprouvée après l'homosexualité et

1 Certains proches portent plainte contre l'avorteur dans les cas où la femme subit une pression de leur part pour garder l'enfant ou en cas de complications. Egalement, certains hommes déposent plainte lorsque l'avortement est fait à leur insu.

la prostitution (Center for Democratic Governance, 2010). Dans ce contexte, une grande majorité des avortements est réalisée dans la clandestinité et consiste en l'utilisation d'une diversité de méthodes qui vont de l'auto-avortement² au recours à des agents de santé ou des tradithérapeutes. Ces avortements induisent 50% de complications dont les plus courantes sont les hémorragies, les infections, les lésions des organes génitaux (Bankole et al., 2013), et seraient responsable de 10% des décès maternels selon le Ministère de la santé (2011).

Cet interdit juridique et la réprobation sociale en font un sujet sensible aussi bien pour les acteurs en présence (les femmes, leurs proches, les soignants, les décideurs), que pour le chercheur qui prend pour objet cette pratique. Le champ de l'avortement au Burkina Faso est un lieu de confrontation de convictions diverses où les acteurs naviguent entre non-dits, faux semblants et censures (Rossier, 2006). Enquêter dans ces conditions comporte plusieurs contraintes liées notamment à la relation d'enquête que doit construire le chercheur avec les informateurs. Si toute ethnographie comporte cette part de difficulté, elle se décuple avec l'avortement du fait de la tension et de la violence produites par la confrontation des valeurs et des « intolérables » (Fassin et Bourdelais, 2005).

Les contraintes méthodologiques de l'étude de l'avortement dans les contextes de restriction/interdiction juridique et de forte stigmatisation ont déjà été démontrées (Guillaume, 2004) et c'est une des raisons de l'absence d'ethnographie sur la question. Il se pose non seulement des difficultés pour estimer la prévalence de l'avortement en raison d'une sous-déclaration des cas, mais aussi pour faire évoquer les expériences sur la question car très souvent, ces avortements ne sont pas admis par les personnes qui sont directement impliquées (la femme, le partenaire, les soignants, etc.). Toutefois, à chaque enquête ses difficultés, mais aussi ses dispositifs pour les contourner.

Pour l'estimation de la prévalence par exemple, différentes méthodologies ont été développées (Singh et al., 2010), dont l'AICM (Abortion Incidence Complications Methods) qui consiste à combiner des statistiques hospitalières de prise en charge et de décès consécutifs à des complications d'avortement, ainsi que les expériences de soignants confrontés à l'avortement (Mohamed et al., 2015). Au Burkina Faso, des démographes ont mis en place une méthode dite « des confidentes » (Rossier et al., 2006). Elle a consisté à interroger des individus au sein de la population sur les confidences que leur auraient faites des ami(e)s ou des proches sur leur avortement. Le principe étant qu'il serait plus aisé pour ces personnes de se confier étant donné qu'elles n'étaient pas directement concernées et que cela ne les mettait aucunement en cause

2 Il consiste à ingérer des substances supposées avoir des vertus abortives telles le miel, les boissons alcoolisées ou sucrées, le café, etc. Il consiste également en l'ingestion, le lavement ou l'introduction dans le vagin de plantes, de médicaments déconseillés en cas de grossesse ou en surdose (les antipaludéens, l'Aspirine, les antibiotiques, etc.), de produits dotés de propriétés oxydantes comme le permanganate de potassium, le bleu à linge...

(surtout aux yeux du chercheur et par rapport aux éventuelles répercussions). Cette méthode, associée aux statistiques hospitalières, a permis de fournir une estimation approximative du nombre d'avortements au Burkina Faso, de même que leurs causes et les méthodes utilisées (Sedgh et *al.*, 2011).

Il s'agit malheureusement d'une enquête qui n'a concerné qu'une faible minorité de femmes ayant avorté et qui, par conséquent, ne permet pas de faire une ethnographie de la pratique. D'où ces questionnements : comment faire une ethnographie de l'avortement ? Comment documenter les expériences tant individuelles qu'institutionnelles dans un contexte où l'omerta est de rigueur ? Ou comment faire l'ethnographie de ce qui est connu de tous mais invisible et faisant l'objet d'une « mauvaise foi sociale » (Boltanski, 2004) ? Produire des données sur cet objet à la fois illicite, secret et intime³ nécessite de la part du chercheur, surtout lorsqu'il fait de l'anthropologie « chez soi » (Bila, 2009; Ouattara, 2004) et que ses questions peuvent être perçues comme source potentielle de violence (dénonciations, jugements), d'adopter des postures dont les clés ne sont pas toujours offertes.

L'objectif de cet article est de rendre compte de bricolages et postures méthodologiques pour *faire dire l'avortement*. Il s'appuie sur vingt-huit mois d'immersion dans l'univers de l'avortement (structures sanitaires, vie de femmes ayant fait l'expérience de l'avortement et de certains de leurs compagnons) dans la ville de Ouagadougou au Burkina Faso⁴. Cela a consisté en l'observation des interactions entre les femmes et les soignants pendant les soins post-avortement et, en dehors des structures sanitaires, celles entre les femmes, leurs compagnons et d'autres proches.

À ces observations ont été associées des entretiens avec une pluralité d'acteurs (des femmes et hommes, des soignants, des agents du ministère de la santé et de la justice, des travailleurs sociaux, etc.). Le consentement à la participation à l'étude a été systématiquement négocié avec chacun de ces informateurs conformément au contrat moral convenu avec le comité d'éthique et de recherche en santé du Burkina⁵, et seuls ceux qui y ont adhéré ont été interrogés. Les femmes qui ont consenti à participer à l'enquête, au nombre de quarante-six, avaient un âge compris entre dix-sept et trente-trois ans. Parmi elles, deux étaient mères au foyer, dix-sept élèves ou étudiantes, quatorze exerçaient dans le secteur informel (coiffeuses, gérantes de télécentres, vendeuses, serveuses, « petite bonne »⁶, etc.) et treize étaient sans emploi. Seules deux parvenaient à vivre de leurs revenus ; les autres étaient

3 J'associe ces trois termes pour montrer qu'il s'agit d'investiguer une pratique interdite et prosaïque (donc illicite), qui touche à une question intime (car en rapport avec la sexualité, les sentiments, la moral, la honte) et qu'on doit taire pour se préserver des autres (voir Zempléni, 1996).

4 Cette recherche compte pour une thèse de doctorat en anthropologie, et s'inscrit dans un projet de recherche financé par le Conseil Norvégien de la Recherche entre 2010 et 2013.

5 Le protocole de la recherche a été évalué par le comité d'éthique du Burkina.

6 Il s'agit de jeunes filles embauchées par des familles pour s'occuper de leurs travaux ménagers, et qui sont très faiblement rémunérées.

dépendantes de leur entourage pour leurs besoins. Pour ce qui est du lieu de résidence, cinq habitaient avec leur compagnon ou mari, et les célibataires vivaient soit seules (trois d'entre elles), soit chez leurs parents ou des membres de la famille élargie (oncle, tante, sœur ou frère).

LES ENJEUX METHODOLOGIQUES D'UNE ETHNOGRAPHIE DE L'ILLICITE ET DU SECRET

Sur le terrain de l'illicite et du secret, j'ai identifié trois difficultés qui sont susceptibles de se poser au chercheur : l'accès au terrain, l'identification des informateurs et l'accès à leur discours.

Les difficultés d'accès au terrain et d'identification des informateurs

Consciente du caractère laborieux et certainement long (au vu des délais qui m'étaient impartis pour ce travail) d'une enquête dans les quartiers, j'ai pris l'option de passer par la porte des soins après avortement, une méthode qui avait déjà fait ses preuves dans d'autres pays (Bankole et *al.*, 2008). Cette option avait l'avantage de me permettre d'observer non seulement les pratiques entre soignants et soignés, mais aussi de parer à la difficulté d'identification des femmes. Au Burkina Faso, accéder aux structures sanitaires comme lieu d'enquête est conditionné par des autorisations d'enquête délivrées par différentes institutions. Après avoir soumis le projet à l'approbation du Comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso et reçu son avis favorable, le protocole institutionnel exigeait que nous (les autres intervenants du projet et moi) obtenions les autorisations des institutions dans lesquelles nous avions prévu d'effectuer des enquêtes⁷. Munie de ces « sésames », j'ai pu alors accéder aux différentes structures sanitaires. Une fois dans celles-ci, le plus délicat restait à faire : identifier des informateurs et obtenir leur consentement à collaborer pour cette recherche.

À la différence de mes précédents terrains sur le sida en milieu hospitalier, où j'ai rencontré au sein des structures de prise en charge des personnes vivant avec le VIH un certain consensus sur les statuts et les pratiques (qui est infecté, qui est soignant, etc.), dans le cas de l'avortement il en était tout autre. *A priori*, les espaces dans lesquels j'ai choisi d'enquêter supposaient un relatif consensus autour des personnes concernées par l'avortement. Mais en réalité, les statuts n'allaient pas soi. Dans le cas des femmes par exemple, certaines patientes, désignées par les soignants comme ayant provoqué leur avortement, le niaient, tandis que d'autres avortements diagnostiqués comme spontanés apparaissaient, au fil des entretiens avec les femmes et une fois la relation de confiance établie, comme des avortements provoqués⁸. Face à cette

7 La Direction de la santé du centre, la Direction du CHUYO, la Direction de l'ABBEF, et le Ministère de la santé.

8 Le prochain point portera sur la manière dont s'est construite cette confiance.

difficulté d'identification, j'ai choisi de prendre comme potentielles informatrices toutes les femmes admises pour des soins post-avortement (spontané comme provoqué), et d'utiliser l'absence de consensus comme une des clés de lecture du phénomène. Une fois cette deuxième étape franchie, j'ai très rapidement réalisé que côtoyer de près les acteurs impliqués dans la pratique de l'avortement ne constituait pas un acquis pour recueillir leurs discours.

« L'omerta de l'avortement »

Quand le terrain rime avec atermoiements, suspicions et mutismes

Une des spécificités de l'ethnographie de pratiques illicites est l'opacité qui entoure la parole et le discours sur celles-ci. On y observe une certaine culture du silence. Cette opacité s'exprime déjà chez les agents de santé comme en témoignent plusieurs expériences de méfiance et même de refus de leur part à s'exprimer sur leurs pratiques professionnelles. Ainsi, lors d'un premier contact avec un centre médical, j'ai été introduite auprès de la sage-femme responsable du service de Santé Maternelle et Infantile (SMI). Après lui avoir exposé ma requête et présenté les autorisations d'enquête, elle me suggéra de mener l'entretien avec la sage-femme chef de la maternité qu'elle estimait la mieux indiquée pour parler de ce sujet. Elle fit appeler la dame concernée dans son bureau et lui soumit ma requête. La dame, manifestement étonnée, accepta de m'accorder l'entretien à condition que j'attende la fin de ses consultations. Lorsqu'elle termina environ deux heures après, elle m'amena dans une salle pour l'entretien. Après lui avoir présenté les objectifs de l'étude et le contenu de l'entretien, elle s'étonna : « Je ne comprends pas pourquoi Mme X vous a demandé de parler de ça avec moi. Elle aurait pu répondre aux questions elle-même ». Puis, elle resta silencieuse un moment pour finalement me demander si j'avais déjà rencontré le médecin responsable de la structure. Suite à ma réponse négative, elle me dit alors qu'il était préférable d'en discuter avec lui avant pour respecter la hiérarchie. Le lendemain, le médecin chef me renvoya vers elle, et les rendez-vous qu'elle me fixa ensuite restèrent sans suite.

Le silence et la méfiance étaient de mise chez les patientes et leurs proches également, comme l'illustre le cas de cette jeune femme de dix-neuf ans rencontrée à l'occasion d'une visite de contrôle, sept jours après sa prise en charge. La sage-femme l'avait dirigée vers moi en ces termes « la dame va discuter avec toi, faut pas avoir peur ». Elle me suivit donc dans la salle de garde où j'avais coutume de négocier mes premiers entretiens. Une fois en tête-à-tête, je la sentie très méfiante et apeurée. Elle expédia chacune de mes questions par des réponses brèves ponctuées de longs silences pour se lever au bout de dix minutes prétextant être attendue par son employeur. Je lui fis la proposition de la revoir dans les jours suivants, ce qu'elle accepta aussitôt en prenant l'initiative de me laisser son numéro de téléphone. Je le composai alors sur le champ, et n'entendant aucune sonnerie, elle m'expliqua qu'elle

avait laissé son téléphone chez elle pour ne pas être dérangée et que je pouvais l'appeler dans la soirée pour qu'elle enregistre mon numéro. Le soir, elle était injoignable, tout comme les jours suivants.

Ces deux situations éclairent sur les difficultés à parler de l'avortement tant pour les soignants que pour les patientes. Difficile à endosser, le rôle d'informateur suscite crainte, atermoiement, suspicion et mutisme. Ballottée entre différents soignants d'une même structure ou entre plusieurs structures, j'ai dû faire face à des refus avec pour prétextes leur illégitimité à s'exprimer sur la question de l'avortement. J'ai aussi été confrontée à des agents de santé sur la défensive, qui avaient chaque fois peur d'en dire trop, ou qui demandaient l'interruption de l'enregistrement ou des prises de notes lorsqu'un avis personnel était émis et n'allait pas dans le sens commun, ou en cas de propos dénonciateurs à l'encontre de collègues ou des supérieurs, avec parfois les expressions : « N'allez pas dire que j'ai dit ceci hein ! », « Est-ce que vous pouvez éteindre le dictaphone ? ». La suspicion était, elle aussi, courante et s'est manifestée par des mises en garde, s'est ressentie à travers les regards suspicieux, les questions fréquentes par rapport à ce que je cherchais à savoir, ou encore à travers le fait de réclamer le guide d'entretien pour en être imprégné avant l'entretien.

Au sujet des femmes et de leurs proches, entre adresses erronées, faux contacts et rendez-vous, entretiens expéditifs et prétextes douteux, j'ai été confrontée à une résistance pesante, parfois décourageante. Sur plus de cent femmes identifiées au cours de la phase d'immersion dans les structures sanitaires, je n'ai pu entrer en contact et échanger qu'avec quarante-six. Aussi, le mutisme récurant, se traduisait par le refus pur et simple de l'entretien ou son acceptation avec le moins disant. Les premiers entretiens ont été ponctués de longs silences et de réponses brèves qui donnaient parfois l'impression de me livrer à un monologue et pouvaient s'arrêter à tout moment sous toutes sortes de prétextes (fatigue, une urgence à régler, etc.).

Cependant, ces situations n'ont rien de fortuit pour l'ethnographe, elles en disent long sur l'objet de recherche et illustrent ce qu'Anne-Marie Losonczy (2002) qualifie d'« énigme réciproque » pour le chercheur et pour les informateurs : si des questionnements conduisent le chercheur vers ses interlocuteurs, sa présence, l'intérêt qu'il leur porte et les questions qui en découlent suscitent en retour des interrogations chez ces derniers. Cette « énigme réciproque », loin de constituer un échec (ou d'être ressentie comme tel) serait plutôt le signe d'une ébauche de la relation d'enquête entre le chercheur et l'informateur (*idem*). Et c'est lorsque le chercheur prend la peine de l'interroger qu'il peut poursuivre la relation d'enquête au moyen d'un repositionnement de ses pratiques et de son éthique (D'Halluin, 2005). Confrontée à cette « énigme réciproque » au cours de son enquête sur les pratiques associatives d'aide aux procédures d'asile en France, Estelle d'Halluin (*idem*) l'a expliquée par le ressenti de l'inégalité dans la relation chercheur-informateur, par la volonté de taire des tactiques et la crainte des

risques de persécution. Cette conclusion lui a permis d'adapter sa méthode et d'avancer dans son enquête.

S'agissant de l'avortement, l'explication de l'énigme peut être recherchée dans ce que Julien Grard (2008 : 143) appelle la difficulté de se « mettre en récit » et ses implications. En effet, selon lui, parler de soi est en général « une activité au carrefour d'un ensemble de pratiques, de significations – morales, sociales – et de relations de pouvoir ». Évoquer l'avortement peut s'avérer ardu aussi bien pour une femme qui a avorté que pour un agent de santé ou un acteur politique. Pour une femme, parler de son avortement renvoie au sexe, à un dilemme intérieur en rapport à la vie humaine, à la déviance, et est par conséquent difficile et souvent douloureux à évoquer. Pour le soignant, il s'agit de lever le voile sur des pratiques ou convictions qu'il n'assume pas nécessairement, mais qui font sens pour lui. Pour libérer donc la parole sur le sujet, la confiance doit être de mise. Or le chercheur au moment où il propose cette *mise en récit* est loin d'être la personne indiquée pour en bénéficier parce qu'il s'agit non seulement d'une intrusion dans un secret et une intimité parfois douloureuse, mais aussi et surtout d'une intrusion à un moment où des doutes subsistent quant à son statut véritable et aux desseins que cachent sa requête.

Dans le cas des jeunes femmes par exemple, le contexte normatif et législatif de l'avortement au Burkina Faso transforme la quête de l'IVG en une sorte de chemin de croix qui les confronte à des violences qu'elles peuvent vouloir garder secrètes pour se préserver d'autres. En effet, en plus de l'auto-avortement avec des techniques quasiment toutes risquées, elles s'en remettent à une diversité de « professionnels » opérant dans l'ombre et utilisant les ressources de la médecine biomédicale et celle de la médecine locale. Si l'« aide », la compassion, mais aussi l'appât du gain sont les éléments qui régissent cet univers de l'ombre (Ouedraogo, 2015), les discours des jeunes femmes le dépeignent aussi comme un lieu de violence qu'elles taisent parce qu'elles ne se sentent pas en droit de dénoncer. Celles-ci se déclinent sous la forme de dérobades des avorteurs aux appels de détresse après qu'ils aient procédé à une première manœuvre, d'injures (traitées de criminelles, de prostituées) ou d'abus sexuels (certains avorteurs proposent d'avoir des rapports sexuels avec elles pour faciliter la dilatation du col de l'utérus). De même, lorsque l'avortement se complique, elles retournent dans la spirale de la violence en se rendant dans les centres de santé pour des soins.

L'observation de la prise en charge des complications ainsi que les discours des femmes mettent en évidence des difficultés interactionnelles entre soignants et jeunes femmes consécutives au malaise et frustrations que ressentent certains professionnels à procurer des soins à une femme qu'ils jugent « coupable » d'avortement d'un côté, et d'un autre à la réticence des jeunes femmes à « avouer » qu'elles ont avorté. Ainsi, non seulement les patientes ne bénéficient pas d'empathie parce que les soignants les considèrent comme inéligibles à cet affect. Or, différentes recherches ont mis en évidence

les implications psychologiques et sociales de l'avortement dans les contextes de stigmatisation et d'interdiction de la pratique (Allard et Fropo, 2007; Kumar et *al.*, 2009; Major et Gramzow, 1999; Steinberg et Russo, 2008). Il s'agit en l'occurrence de souffrance psychique pouvant conduire à des épisodes de dépression et qui est consécutive à l'obligation de silence (Norris et *al.*, 2011; Shellenberg et *al.*, 2011), aux sentiments de culpabilité et de honte (Broen, et *al.*, 2004) à la crainte de la stérilité, ainsi qu'au rejet familial et ruptures conjugaux (Guillaume, 2004). Mais aussi, les soignants se mettent dans une posture d'entrepreneurs moraux (Becker, 1985) et se donnent ainsi pour mission de punir pour éduquer. La punition et l'éducation peuvent se faire de manière verbale à travers des réprimandes ou des injures (précédé d'interrogatoires long visant à faire avouer) ou physique par le choix d'un protocole douloureux et des gestes brusques pendant la procédure de soins. C'est le genre de patiente chez qui la plainte n'est pas légitime, et qui est censée supporter tous les sévices sans rechigner. Enfin, la forte réprobation de l'avortement et sa stigmatisation instaurent une violence latente (risque d'être jugée, de subir l'opprobre, etc.) dont les jeunes femmes cherchent à se protéger par le silence. Autant de facteurs qui peuvent expliquer leur méfiance lorsqu'il est question de parler de leur IVG à un inconnu. Surtout qu'elles comprenaient difficilement mon statut de chercheur. Tantôt en blouse, j'étais assimilée au personnel soignant à qui elles désiraient communiquer le moins d'informations possibles ; tantôt à l'écoute et dans le soutien, j'étais celle qui se rapprochait d'elles ; et tantôt celle vers qui les agents de santé les dirigeaient « pour parler », donc une éventuelle espionne à leur solde ou au compte de la police. Quand, par chance, les patientes répondaient favorablement à mes sollicitations pour un entretien, c'était moins par envie que par souci de « reconnaissance », de « dette » ou d'« obligation » envers les personnels de ces structures.

Quant à mes rapports avec les soignants, le début de cette enquête sur l'avortement représentait un retour sur des terrains où les socio-anthropologues jouissent d'une réputation toute faite : ils sont accusés d'être des espions, de ne voir que les mauvais côtés de leurs pratiques et d'avoir un parti pris. En effet, les études anthropologiques décrivant les relations d'enquêtes entre les usagers et les prestataires de soins ont essentiellement privilégié les discours des premiers, mettant en avant les mauvais traitements que subissent les patients dans les services de santé : mauvais accueil, absence de dialogue, actes de violence, *rackets*, etc. Un des travaux souvent incriminés est l'ouvrage « Une médecine inhospitalière » coordonné par Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan (1995) et connu des professionnels de santé. Aussi, dans le cadre d'un programme de recherche-action sur l'Amélioration de la Qualité et l'Accès aux Soins Obstétricaux d'Urgence au Burkina Faso (programme AQUASOU), le rôle des anthropologues impliqués (parmi lesquels j'ai brièvement figuré) était, entre autres, de s'immerger dans les univers de soins comme les consultations prénatales, les salles

d'accouchement, etc. pour observer les pratiques des soignants et des usagers, et réaliser des entretiens. Les données recueillies devaient permettre la production de connaissances qui serviraient à transformer les conduites des personnels de santé et « promouvoir les bonnes pratiques ». Malheureusement, l'exposition de certaines dérives des pratiques des soignants lors d'espaces de rencontres tels que les réunions sur les audits a été vécue par ces derniers comme une trahison et a jeté des doutes quant à la place occupée par les anthropologues (Gruénais et *al.*, 2012). Ils ont été perçus comme des espions à la solde de la hiérarchie médicale, dont le travail loin d'aider à améliorer les pratiques, oeuvrait plutôt à ternir l'image des soignants et à briser leur carrière. Dans ce contexte, demander à observer les pratiques et réaliser des entretiens sur un sujet tabou comme l'avortement n'était par conséquent pas bienvenu car certains agents de santé étaient désormais « échaudés » et sur leurs gardes. De même, il y règne une suspicion entre les soignants qui s'accusent d'offrir des services d'avortement clandestin et qui pousse la plupart à fuir les questions sur le sujet.

Ainsi, parler de soi, tâche déjà difficile en soi, devient plus ardue lorsqu'il faut l'assumer face à un interlocuteur suspect et aussi quand les risques de répercussions sont prégnants. L'avortement étant interdit et proscrit, l'évoquer avec une inconnue dont on ignore le réel statut c'est risquer des poursuites ou la stigmatisation. Les agents de santé, face à des anthropologues réputés traîtres, peuvent craindre les usages et interprétations qui seront faits de leurs propos. Mon statut d'enquêtrice burkinabè vivant dans la même ville et parfois le même quartier que les femmes ou mon assimilation à un membre du personnel des structures de soins ne favorisaient pas, non plus, la discussion sur un sujet qui relevait du secret pour la plupart. Dans leur cas, c'est avant tout la volonté de se préserver des risques de poursuites et de stigmatisations qui était mise en avant, mais aussi une volonté de protéger des « tactiques » et des aidants. Accéder à l'avorteur ou à une technique d'avortement est en général un parcours dans lequel le réseau d'interconnaissance joue un rôle déterminant et dans lequel les avorteurs et toutes les personnes qui facilitent l'accès à ces personnes sont perçus comme des « bienfaiteurs ». On observe, de fait, une forme de connivence entre les aidants (les soignants et l'entourage) et les aidées (les femmes, leurs compagnons) pour taire des tactiques permettant de déjouer les systèmes de contraintes établis par rapport à une pratique (D'Halluin, 2006 : 65). Lorsqu'une femme explique « je préfère ne pas parler de la dame qui a fait l'avortement, elle m'a aidée et je ne veux pas lui créer des problèmes », il s'agit à la fois d'une reconnaissance envers un « bienfaiteur » que son silence met à l'abri de désagréments et le désir de lui laisser aussi la possibilité de continuer d'apporter son « aide » à d'autres femmes.

Une fois ces causes potentielles identifiées, il s'est agi de trouver les solutions pour réussir la « négociation invisible »⁹ (Olivier de Sardan, 1995). Face à ce type de terrain, les formes d'adaptation mises en œuvre par les chercheurs sont légion. Hamza Meddeb (2012), dans sa thèse sur des pratiques économiques illégales en Tunisie, a opté pour l'immersion anonyme et l'utilisation d'intermédiaires. Tandis que Tom Decorte (2002) a eu recours à des intermédiaires et à la technique de la boule de neige¹⁰ dans son enquête sur les consommateurs de drogues en Belgique. Sur le cas spécifique de l'avortement, Sophie Divay (2004) a préféré, en France, enquêter à l'insu de ses informatrices avec tous les enjeux déontologiques et méthodologiques que cela implique. Elle a choisi en effet d'utiliser les données recueillies au cours d'entretiens préalables à des demandes d'IVG dans le cadre de son activité en tant que conseillère conjugale dans une association. Pour ma part, la négociation invisible passait par la professionnalisation, la posture empathique et la construction de relations de confiance partagée avec les informateurs.

LES RELATIONS INTERPERSONNELLES, CLE POUR UNE ETHNOGRAPHIE DE L'ILLICITE

Avec les agents de santé, j'ai d'abord travaillé à les rassurer de manière récurrente sur ma position et les motifs de ma présence, en comptant sur les vertus de l'immersion et ses effets sur le long terme (Schwartz, 1993). Le meilleur moyen pour me faire accepter et se fondre dans la masse était de s'impliquer dans leurs tâches quotidiennes. J'ai troqué, en conséquence, ma casquette de chercheuse pour celle de personnel « para-médical ». J'ai été tour à tour agent d'accueil, conseillère, interprète et même aide-soignante. En tant qu'aide-soignante par exemple, je remplissais les dossiers d'admission des patientes, je remettais aux soignants le matériel requis pendant l'Aspiration Manuelle Intra-Utérine (AMIU), je faisais la *verbacaine*¹¹ ou aidais à immobiliser la patiente. Devenue en quelque sorte l'un des leurs, la méfiance s'est estompée peu à peu, faisant place à une complicité favorable aux confidences.

Les gardes et les permanences étaient aussi des lieux de sociabilité avec les soignants car elles offraient des moments de discussions et de partages (les

9 Jean-Pierre Olivier de Sardan utilise cette expression pour désigner l'interaction entre le chercheur et l'enquêté pendant les entretiens, notamment la confrontation de leurs logiques et des enjeux. Cf. <http://enquete.revues.org/document263.html>

10 Elle consiste à interroger un informateur qui en identifie d'autres, lesquels sont interrogés à leur tour en désigneront d'autres.

11 La « verbacaine » est un néologisme fondé sur le terme Xylocaïne qui est un produit anesthésiant utilisé aussi pour atténuer la douleur pendant l'AMIU. Le principe consiste à détourner l'attention de la patiente pendant l'acte de l'AMIU en espérant qu'elle ressente moins la douleur.

repas), et donc de rapprochement. Aussi la proximité avec certains agents favorisait le rapprochement avec les autres. Être accepté par un membre de l'équipe facilitait les rapports avec les autres. « Donc c'est nous que tu n'aimes pas ? Tu viens aux gardes de X et moi tu ne viens pas » me disait un jour un médecin en apprenant que j'assistais un de ses collègues pendant ses gardes. À ce médecin j'avais répondu que je n'avais pas été conviée aux siennes et que je n'osais par conséquent pas. J'ai été alors invitée à ses gardes suivantes et il prenait, à partir de ce moment, la peine de m'appeler dès qu'il recevait des femmes pour des soins post-avortement. Il en était de même avec les sages-femmes qui, avec le temps, étaient devenues des « tanties »¹² pour moi. Progressivement, j'ai bénéficié de l'adhésion des personnels soignants à la recherche qui acceptaient désormais ma présence, la réclamait quelques fois et se mettaient en position de l'expliquer aux patients comme aux autres collègues sans que j'ai eu nécessairement à le demander. En outre, j'ai choisi de privilégier les discussions informelles au début de mon enquête, gardant les entretiens formels pour la fin.

Pour ce qui est des jeunes femmes, j'ai réalisé que je pouvais potentiellement constituer un danger pour leur secret à cause de ma « professionnalisation » et du voisinage (nous vivions dans la même ville). En revanche, mon statut de jeune femme célibataire et mon âge apparaissaient quant à eux comme un facteur de rapprochement, dans la mesure où certaines expériences nous étaient communes (la complexité des relations amoureuses par exemple) et que je pouvais, potentiellement, être de « bon conseil » en tant qu'aînée. J'ai donc pris le parti d'exploiter ces atouts afin de me rapprocher d'elles, c'est-à-dire privilégier la posture empathique pour les mettre en confiance. Il s'est agi concrètement de privilégier des rencontres répétées dans lesquelles le premier contact jouait un grand rôle car de celui-ci dépendait la suite des rencontres. Ainsi, lorsque la femme était admise pendant ma présence dans les centres de santé, je participais à sa prise en charge en aidant les soignants dans leurs tâches et en jouant le relais entre la femme et ses accompagnants (transmettre ses doléances, les tenir informés sur son état de santé). C'est en participant à ces urgences qui traversaient leur vie et celles de leurs accompagnants que j'obtins tout d'abord la reconnaissance et l'ébauche d'une confiance des patientes désormais disposées à ce que nous échangions nos contacts et qui m'appelaient ou m'envoyaient des messages parfois pour me remercier. Par contre, lorsque j'étais absente au moment de la prise en charge et que le lien s'établissait à partir des soignants ou des collègues doctorants en médecine, je transformais les premiers entretiens en discussions informelles. Je mentionnais très peu, sinon pas du tout, l'avortement au cours de ces échanges. J'évoquais plutôt son état de santé, la suite de sa prise en charge, je lui parlais de moi, de ce en quoi consistait mon travail, je proposais

12 Formule de politesse pour désigner les femmes adultes susceptibles d'être une grande sœur, une mère ou une tante.

de la revoir de temps à autre et de faire de même si elle ressentait le besoin d'échanger avec quelqu'un.

Les relations ainsi construites se renforçaient au fil des rencontres suivantes chez elles à domicile, chez moi, sur leur lieu de travail, dans des restaurants, au marché, dans la structure où j'étais accueillie pour la réalisation de ma thèse. Ce dernier lieu par exemple a été déterminant dans mon passage, à leurs yeux, du statut de soignant à celui de chercheure. En me rendant visite dans le bureau où je travaillais lorsque je n'étais pas à l'hôpital, elles ont pu réaliser que j'étais effectivement une « étudiante » et certaines ont pu lire mes publications de précédentes recherches. Ainsi, de l'inconnue potentiellement dangereuse, je suis devenue la « tantie », la grande sœur, la confidente qu'on appelle désormais pour demander conseil, se confier ou solliciter un soutien sans risque que l'information ne soit divulguée dans leurs réseaux respectifs. En d'autres termes, on pourrait dire que j'étais l'« amie inconnue ». Il ne s'agissait pas, pour elles, de m'assimiler comme membre de leur réseau à part entière, mais plutôt de m'y intégrer avec mes spécificités, à savoir comme une « intellectuelle », inconnue de leur réseau social, avec des possibilités de répondre à certaines de leurs préoccupations, etc. En retour, je m'étais prise d'affection pour elles et le temps que je leur accordais me permettait de les côtoyer régulièrement et de partager leurs craintes et angoisses, leurs projets et aspirations, leurs difficultés, leurs rapports avec les personnes de leur entourage. L'entretien formel n'intervenait généralement qu'au bout de plusieurs rencontres, au point que certaines me faisaient comprendre qu'il n'était plus nécessaire car elles estimaient que je savais déjà tout sur elles.

En somme, les liens interpersonnels et la professionnalisation permettent le passage d'une position de chercheure comme « traître » ou « espionne » potentielle (attribuée initialement par les soignants et les femmes) à celle de « personne de confiance » et/ou de « bienfaitrice » propice aux confidences sur les aspects malaisés du problème sans avoir à poser des questions ou sans que les questions n'inquiètent. Aussi, permettaient-ils de lever le voile sur la non concordance des diagnostics médicaux. Il arrivait donc que des femmes après avoir soutenu devant les agents de santé et les autres membres de l'équipe que l'avortement était spontané, me révèlent des mois plus tard, sur un ton de confiance qu'il s'agissait d'un avortement provoqué. Il importe de noter le rôle fondamental des échanges de SMS et mails ainsi que les appels dans la construction de ces liens interpersonnels.

LES TECHNOLOGIES DE LA COMMUNICATION : UNE ALTERNATIVE ?

Les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC), qui connaissent un essor en Afrique depuis la dernière décennie, sont désormais partie intégrante des modes de communication dans les pays (Dibakan, 2002). L'utilisation quotidienne de ces moyens de communication à

travers les échanges de messages, les appels téléphoniques, les email, le tchats, etc. donnent lieu à des pratiques nouvelles qui redéfinissent les codes de la communication tant dans les pays occidentaux que dans les pays du sud (Alzouma, 2008 ; Ledjou, 2010 ; Licoppe, 2002). Utilisées à différentes échelles dans ces sociétés, les NTIC sont de plus en plus présentes dans la recherche scientifique. En effet, ayant déjà fait leurs preuves dans les enquêtes par sondage, elles sont mobilisées depuis une décennie dans le champ de la santé. Elles sont utilisées, par exemple, dans les recherches sur des pathologies comme le VIH, les pathologies chroniques telles les insuffisances cardiaques, le diabète, ou encore en psychiatrie (Atherton et *al.*, 2012; Maiga, 2011). Les technologies de l'information, notamment les téléphones mobiles et l'internet, permettraient ainsi de réduire les ressources et le temps nécessaires à la collecte des données, et permettraient aussi un meilleur suivi des patients inclus dans les essais cliniques.

Concernant les objets illicites et sensibles comme l'avortement, leur apport a été plus que déterminant en termes de moyens de maintien du contact avec le terrain et aussi de moyens de construction de liens interpersonnels. En effet, les SMS et les appels téléphoniques m'ont permis de rester continuellement en contact avec les structures sanitaires. N'étant pas en mesure d'être présente 24h/24 et sur tous les sites en même temps, j'ai négocié avec les soignants afin d'être tenue au courant des cas d'avortement qu'ils prenaient en charge. Grâce à ce procédé, j'ai pu assister à la prise en charge et/ou nouer contact avec un certain nombre de femmes dont l'admission avait été faite pendant mes absences sur ces sites.

Pour ce qui est des femmes, les échanges de messages, mails et appels ont été cruciaux dans la construction des liens avec elles et dans le maintien de ces liens dans le temps et dans l'espace. En effet, aujourd'hui très présents dans vie des citadins et surtout parmi les jeunes, le téléphone portable et l'internet ont révolutionné les codes sociaux de la communication et les échanges interpersonnels. Les travaux de Christian Licoppe (2002 : 183) sur les usages du téléphone mobile démontrent qu'il est un outil qui aide à la gestion des liens entre les individus et peut servir à négocier les interactions :

L'ouverture des dialogues, le fait de s'installer dans l'échange téléphonique constituent le signe de l'engagement dans le lien. L'autre est composé d'appels courts, fréquents, où le contenu peut jouer un rôle secondaire par rapport au simple fait d'appeler. Le caractère continu de ce flux d'échanges ponctuels permet d'entretenir le sentiment d'une connexion permanente, l'idée que l'on peut ainsi éprouver à chaque instant l'engagement de l'autre dans la relation.

Ainsi, les appels fréquents et les échanges par SMS ont peu à peu renforcé les liens entre les femmes (trente-huit sur les quarante-six rencontrées), surtout les plus jeunes et instruites, et moi. De plus, dans la sphère de l'intime et du secret, le téléphone portable faciliterait, selon Michèle Martin (2003 : 93), la transmission des secrets grâce à l'impression d'intimité créée par les

conversations transmises d'oreille à oreille. Il en est de même pour les SMS qui, selon elle :

constituent une marque d'attention envoyée à l'autre (on pense à lui), mais de façon discrète, alors qu'un appel risquerait de passer pour intempestif et de déranger, notamment dans l'espace public. Les textos permettent aussi de joindre directement la personne, sans risque d'interception par un tiers, ce qui justement autorise cette extériorisation de l'intimité, ou de ces secrets. De façon plus neutre affectivement mais non moins ludique, les messages sont aussi utilisés dans un souci de micro-coordination pour organiser les rencontres. (2003 : 9)

Comme j'étais assimilée à une grande sœur, à une amie et donc intégrée dans leurs réseaux, j'ai pu bénéficier, avec elles, d'échanges multiples dans lesquelles elles se racontaient en toute confiance et choisissaient les informations qu'elles étaient désireuses de me fournir, sans craindre l'éventuel regard que j'étais susceptible de poser sur elles si nous étions dans un face-à-face par exemple. Aussi, ces échanges téléphoniques et par mail ont servi à maintenir les liens avec elles quand elles ou moi étions amenée à nous absenter de Ouagadougou. J'ai pu ainsi être tenue au courant de certains événements qui émaillaient leurs vies durant mon éloignement comme les ruptures, les nouvelles rencontres, un nouvel emploi, etc.

POUR CONCLURE

Enquêter sur les terrains sensibles, notamment sur les objets illicites et secrets nécessite de la part du chercheur d'adopter des postures dont les clés ne sont pas toujours offertes. L'une des postures est le rapprochement de son sujet et la création de liens fondés sur la confiance. Cette posture permet de rendre visible l'objet, de le laver de la « tension du secret » (Zempléni, 1996 : 24) et de favoriser la parole le concernant. Lorsque j'ai entamé cette enquête sur l'avortement, j'avais mes convictions personnelles sur cette pratique en lien avec mes croyances religieuses et mon éducation. J'ai été éduquée dans l'idée que les femmes qui avaient recours à l'avortement étaient des femmes de « mauvaise vie ». En conséquence, je me suis engagée sur ce terrain avec des convictions contre l'avortement et le fait de baigner dans un univers me confortant dans cette position a exacerbé, en moi, le sentiment d'altérité et créé l'illusion d'une possible distanciation. De fait, mon non-engagement allait de soi, puisqu'il faut se sentir concernée par une situation pour nourrir le désir de s'impliquer (défendre leur cause par exemple). Le défi pour moi se situait à un autre niveau : comment faire pour ne pas laisser mes perceptions de l'avortement influencer mes rapports à mes informateurs et à mes données, car « certes, nul ne saurait empêcher le savant d'avoir des "convictions personnelles", pourvu toutefois qu'il ne les mêle pas à ses recherches et qu'il ne les enseigne pas du haut de sa chaire » (Fassin, 1999 : 44). Il m'incombait

alors d'œuvrer à ce que mes convictions personnelles n'entachent pas mes rapports à ces jeunes femmes. Cependant, au fil des rencontres, je me suis aperçue, comme le montrait Didier Fassin, que : « l'homme ne se désengage jamais complètement du monde, quel que soit le degré de désenchantement qu'il produise à son égard » (*idem* : 44).

L'approche empathique pour vaincre la réticence et la méfiance des informatrices avait fini par créer des liens comme je l'expliquais dans les lignes précédentes. Le fait de privilégier des relations personnalisées pour instaurer la confiance et lever la barrière d'accès aux données a transformé à mon insu ma vision de l'avortement. De celle qui juge sans le dire, je suis passée à celle qui comprend, qui devient empathique. Ce nouveau statut (sur le plan des perceptions de l'avortement) et cette empathie impliquait pour moi de les aider à surmonter leurs souffrances auxquelles j'étais devenue désormais sensible. J'ai ainsi découvert qu'enquêter sur des expériences d'avortement peut faire passer le chercheur d'une perception à une autre de l'avortement, le rendre par moment partisan ou même faire naître chez lui la tentation de se porter défenseur de ce qu'il considère comme des « causes perdues ». À partir de ce moment, le défi devenait tout autre : comment faire pour ne pas dépasser la « ligne rouge » surtout lorsque le terrain vous sollicite régulièrement et veut que vous soyez actif ?

En somme, avec des terrains sensibles comme celui de l'avortement dans un contexte de restrictions, les chercheurs sont amenés à créer des liens interpersonnels avec leurs sujets, qui sont ici des personnes dans des situations de vulnérabilité, de souffrance et/ou parfois très suspicieuses. Néanmoins, ces liens interpersonnels confrontent les chercheurs à des sollicitations qui dépassent le cadre de l'enquête et mettent à rude épreuve les tentatives de distanciation du fait que l'objet de la recherche est rendu alors « trop proche » par la relation d'amitié (Bila, 2009 : 6). Le désir de femmes en quête d'avortement d'impliquer le chercheur dans leur démarche (les aider à trouver un avorteur, donner un avis sur une décision d'avorter, sur le type de méthode que propose autrui, etc.) et la confrontation à la détresse entourant cette demande sont des formes d'implications qui peuvent se poser au chercheur sur le terrain de l'avortement. Y réagir (répondre aux attentes de la femme ou non) signifie d'une manière ou d'une autre pour le chercheur une forme d'implication susceptible de le plonger dans une « souffrance ethnographique », au regard de ses valeurs propres, du risque d'enfreindre une loi versus rester inactif face à la détresse d'interlocuteurs devenus proches. Ce type de terrain sensible rend vulnérable le chercheur socialement, juridiquement et éthiquement, et celui-ci est constamment mis en demeure de remettre en question ses outils mais aussi ses théories, ses positionnements éthiques, politiques (Pirinoli, 2004 : 181).

BIBLIOGRAPHIE

Florence ALLARD et Jean-Régis FROPO, *Le traumatisme post-avortement*, Paris, Salvator, 2007.

Gado ALZOUMA, « Everyday use of mobile phones in Niger », *Africa Media Review*, 16(2), 2008, pp. 49-69.

Helen ATHERTON *et al.*, « Email for clinical communication between patients/caregivers and healthcare professionals », in The Cochrane Collaboration & Helen ATHERTON (ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Chichester, John Wiley & Sons, 2012.

Akinrinola BANKOLE *et al.*, *Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso : causes et conséquences*, New York, Guttmacher Institute, 2013.

Akinrinola BANKOLE *et al.*, « Abortion-seeking behaviour among Nigerian women », *Journal of Biosocial Science*, 40(2), 2008, pp. 247-268.

Howard S. BECKER, *Outsiders : études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985.

Alban BENSA et Didier. FASSIN, *Les politiques de l'enquête. Épreuves ethnographiques*, Paris, La Découverte, 2008.

Blandine BILA, « Anthropologie « chez soi » auprès de personnes vivant avec le VIH à Ouagadougou : Empathie, méthode et position des acteurs », *ethnographiques.org*, novembre 2008 [En ligne]. URL : <http://www.ethnographiques.org/2008/Bila>

Luc BOLTANSKI, *La condition fœtale : Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard, 2004.

Florence BOUILLON, Marion FRESIA et Virginie TALLIO, *Terrains sensibles : expériences actuelles de l'anthropologie*, Paris, Centre d'Études africaines-EHESS, 2005.

Olivier BRITO et Sébastien PESCE, « De la recherche qualitative à la recherche sensible », *Spécificités. La revue des terrains sensibles*, 2(8), 2015, pp. 1-2.

Anne N. BROEN *et al.*, « Psychological Impact on Women of Miscarriage Versus Induced Abortion : A 2-Year Follow-up Study », *Psychosomatic Medicine*, 66 (2), 2004, pp. 265-271.

Luc Van CAMPENHOUDT et Raymond QUIVY, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 2011.

Center for Democratic Governance, *Burkinabè and their values. A Center for Democratic Governance survey on their values*. Ouagadougou, 2010.

Tom DECORTE, « Mécanismes d'autorégulation chez les consommateurs de drogues illégales Étude ethnographique sur des consommateurs de cocaïne et de crack à Anvers (Belgique) », in Claude FAUGERON et Michel KOKOREFF (dir.), *Société avec drogues. Enjeux et limites*, Paris, ERES, 2002, pp. 35-62.

Estelle D'HALLUIN, « Vaincre la suspicion, entrer dans une intimité douloureuse : une intenable extériorité », in Florence BOUILLON, Marion FRESIA et Virginie TALLIO (ed.), *Terrains sensibles : expériences actuelles de l'anthropologie*, Paris, Centre d'études africaines-EHESS, 2005, pp. 55-74.

Sophie DIYAY, « L'avortement : une déviance légale ». *Déviance et Société*, 28(2), 2004, pp. 195-209.

- Didier FASSIN et Patrice BOURDELAIS, *Les constructions de l'intolérable : études d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*, Paris, La Découverte, 2005.
- Didier FASSIN « L'anthropologie entre engagement et distanciation. Essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique », in Charles BECKER *et al.* (ed.), *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris, Codesria/Karthala/IRD, 1999, pp. 41-66.
- Julien GRARD, « Devoir se raconter », in Alban BENSA et Didier FASSIN (ed.), *Les politiques de l'enquête*, Paris, La Découverte, 2008, pp. 143-163.
- Marc-Eric GRUÉNAIS *et al.*, « Anthropological Insights about a Tool for Improving Quality of Obstetric Care: The Experience of Case Review Audits in Burkina Faso », *Anthropology in Action*, 19(2), 2012, pp. 27-36.
- Agnès GUILLAUME, *Abortion in Africa. A review of literature from the 1990's to the present days*, Paris, CEPED, 2004.
- Anuradha KUMAR *et al.*, « Conceptualising abortion stigma », *Culture, Health & Sexuality*, 11 (6), 2009, pp. 625-639.
- Jean-Michel LEDJOU, « Mondialisation et diffusion des technologies en Afrique », *ESSACHESS-Journal for Communication Studies*, (5), 2010, pp. 105-116.
- Christian LICOPPE, « Sociabilité et technologies de communication : Deux modalités d'entretien des liens interpersonnels dans le contexte du déploiement des dispositifs de communication mobiles », *Réseaux*, vol. 112-113, n°2, 2002, pp. 172-210.
- Anne-Marie. LOSONCZY, « De l'énigme réciproque au co-savoir et au silence. Figures de la relation ethnographique », in Christian GHASARIAN (éd.), *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive. Nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*, Paris, Armand Colin, 2002, pp. 91-102.
- Djibo D. MAIGA, « Intérêt de l'utilisation du téléphone mobile dans la réponse aux rendez-vous des patients atteints de psychoses aiguës fonctionnelles au service de psychiatrie de l'Hôpital national de Niamey », *L'information psychiatrique*, 87(2), 2011, pp. 127-132.
- Brenda MAJOR et Richard H. GRAMZOW, « Abortion as stigma: Cognitive and emotional implications of concealment », *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (4), 1999, pp. 735-745
- Corinne MARTIN, « Le téléphone portable : machine à communiquer du secret ou instrument de contrôle social ? », *Communication et langages*, 136, 2003, pp. 92-105.
- Hamza MEDDEB, *Courir ou mourir. Course à el khobza et domination au quotidien dans la Tunisie de Ben Ali*, Thèse de doctorat en Science Politique, Institut d'Etudes Politiques de Paris, Paris, 2012.
- Ministère de la santé du Burkina Faso, *Mise en Œuvre des stratégies de réduction de la mortalité maternelle au Burkina Faso*, Ouagadougou, 2011.
- Shukri F. MOHAMED *et al.*, « The estimated incidence of induced abortion in Kenya: a cross-sectional study », *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 2015, pp. 1-10.
- Alison NORRIS *et al.*, « Abortion Stigma: A Reconceptualization of Constituents, Causes, and Consequences », *Women's Health Issues*, 21 (3), 2011, pp. S49-S54.

Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN, « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », *Enquête*, (1), 1995 [En ligne]. URL : <http://enquete.revues.org/document263.html>

Fatoumata OUATTARA, « Une étrange familiarité. Les exigences de l'anthropologie « chez soi » », *Cahiers d'études africaines*, 175, 2004, pp. 635-657.

Ramatou OUÉDRAGO, « L'avortement, ses pratiques et ses soins ». *Une anthropologie des jeunes au prisme des normes sociales et des politiques publiques de santé au Burkina Faso.*, Thèse de doctorat en anthropologie, Université de Bordeaux, Bordeaux, 2015?

Christine PIRINOLI, « L'anthropologie palestinienne entre science et politique : l'impossible neutralité du chercheur », *Anthropologie et Sociétés*, 28(3), 2004, pp. 165-185.

Clémentine ROSSIER, « L'avortement : un secret connu de tous ? », *Sociétés contemporaines*, 61(1), 2006, pp. 41-64.

Clémentine ROSSIER et al., « Estimating clandestine abortion with the confidants method results from Ouagadougou », *Social Science & Medicine*, 62(1), 2006, pp. 254-266.

Olivier SCHWARTZ, « L'empirisme irréductible », in Nels ANDERSON et Olivier SCHWARTZ, *Le hobo : sociologie du sans-abri*, Paris, Nathan, 1993, pp. 265-295.

Gilda SEDGH et al., « Estimating abortion incidence in Burkina Faso using two methodologies », *Studies in Family Planning*, 42(3), 2011, pp. 147-154.

Kristen M. SHELLENBERG et al., « Social stigma and disclosure about induced abortion: Results from an exploratory study », *Global Public Health*, 6 (sup1), 2011, pp. S111-S125.

Susheela SINGH et al., *Methodologies for estimating abortion incidence and abortion-related morbidity a review*, New York, Guttmacher Institute, 2010.

Julia R. STEINBERG et Nancy F. RUSSO, "Abortion and anxiety: What's the relationship?", *Social Science & Medicine*, 67(2), 2008, pp. 238-252.

Andras ZEMPLÉNI, « Savoir taire. Du secret et de l'intrusion ethnologique dans la vie des autres », *Gradhiva*, (20), 1996, pp. 23-41.

RÉSUMÉ : Les sciences humaines et sociales n'ont de cesse de fournir des méthodes d'enquête afin d'orienter les démarches sur les terrains. Véritables « sésames » en soi, ces méthodes demandent néanmoins à être réajustées voire réinventées, surtout lorsqu'il est question de « terrains sensibles ». Au Burkina Faso, la restriction juridique et la forte réprobation sociale de l'avortement en font un « terrain sensible » dont l'ethnographie pose au chercheur un ensemble d'enjeux pour accéder au terrain, mais particulièrement pour faire évoquer le sujet. Enquêter sur cet objet « illicite » et « secret » nécessite de la part de l'ethnographe d'adopter des postures dont les clés ne sont pas toujours offertes. L'objectif de cet article est de rendre compte de bricolages et des postures méthodologiques pour « faire dire l'avortement ».

MOTS-CLÉS : avortement, terrain sensible, ethnographie, illicite, secret, Burkina Faso.